TITRES

ET

Travaux scientifiques

DE

LÉON POULIOT



POITIERS
Imprimerie des Archives Médico-Chirurgicales du Poitou
6-8, rue Henri-Oudin, 6-8
—
1907

TITRES SCIENTIFIQUES

Lauréat de l'École de Médecine de Poitiers (1895).
Externe des Hopitaux de Poitiers (1895).
Externe des Hopitaux de Paris (1897).
Interne des Hopitaux de Paris (1899).
Aide d'anatomie bénévole a la Faculté (1903).
Docteur en médecine (Paris) (1904).
Professeur suppléant (chirurgie et accouchements) et chef des travaux de médecine opératoire a l'École de Médecine de Poitiers (1905).

ENSEIGNEMENT

Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris :
Conférences d'anatomie (élèves de 2e année) (semestre d'hiver 1904).

Ecole de Médecine de Poitiers :
Cours complémentaire de chirurgie , travaux pratiques de médecine opératoire (semestre d'été 1905 et 1906).

Dispensaire-Ecole de la Croix Rouge de Poitiers :
Conférences de petite chirurgie (semestre d'hiver 1906 et 1907).

PUBLICATION PÉRIODIQUE

Archives médico-chirurgicales du Poitou
fondées le 1er janvier 1906, en collaboration avec :
MORICHEAU-BEAUCHANT (de Poitiers), J. PETIT, G. RENON (de Niort).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — **L'hyperchlorurie et l'hypochlorurie chez les cardiaques** (en collaboration avec MM. Pierre Merklen et Harlay). — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 20 novembre 1903.

L'hyperchlorurie des cardiaques s'accompagne toujours de polyurie. Il faut en distinguer deux types : l'hyperchlorurie de rétention et l'hyperchlorurie de pléthore.

L'hyperchlorurie de rétention est la conséquence de la décharge hydrochlorurée qui accompagne chez les asystoliques ou les hyposystoliques l'évacuation des œdèmes apparents ou interstitiels. Elle traduit le rétablissement de la perméabilité rénale aux chlorures et le relèvement de l'énergie ventriculaire. *L'hyperchlorurie de pléthore*, corrélative à l'augmentation de la masse totale du sang, se rencontre chez les asystoliques en période d'équilibre circulatoire et non soumis au régime hypochloruré et chez les gros mangeurs à systéme circulatoire chroniquement dilaté.

Elle céde à l'institution du régime déchloruré, rapidement chez les premiers, progressivement chez les autres. Le régime sans sel est donc un moyen excellent de réduire la masse sanguine chez les individus en état de pléthore.

L'hypochlorurie chez les cardiaques, quand elle n'est pas la conséquence de la déchloruration, s'accompagne toujours d'oligurie ; elle est causée par des lésions cardio-rénales irréductibles, aussi est-elle d'un fâcheux pronostic, contrairement à l'hyperchlorurie.

II. — **L'œdème pulmonaire aigu d'origine pneumonique chez les cardiaques** (en collaboration avec M. Pierre Merklen). — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, février 1904.

L'œdème pulmonaire aigu est très fréquent au décours de la pneumonie ; c'est presque toujours cette complication qui est la cause immédiate de la mort. A une période moins avancée, il est encore assez fréquent, surtout chez les cardiopathes. Cet œdème est un œdème mécanique et non pas inflammatoire, comme l'a prétendu Rivalta. Il est dû à la défaillance du cœur droit ; peut-être aussi est-il dû en partie à la rétention chlorurée, si prononcée chez les pneumoniques.

III. — **Anévrysme de la crosse de l'aorte d'origine traumatique ; signe d'Argyll sans antécédents avérés de syphilis** (en collaboration avec M. Pierre Merklen). — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 mars 1904.

IV. — **De l'influence de la grossesse normale sur le cœur sain et les conditions de la circulation.** — *Archives générales de médecine*, 1904, n° 42, 81ᵉ année, t. II, p. 2625.

La pléthore gravidique, admise et niée tour à tour, est réelle, mais elle n'est point totale ; seul, le sérum du sang est augmenté de quantité :

Il y a *hydrémie* plutôt que pléthore.

Cette hydrémie cause-t-elle une augmentation de la pression artérielle ? Les auteurs classiques l'admettaient jusqu'à ces toutes dernières années ; ils ne se basaient d'ailleurs que sur des considérations théoriques et sur l'étude de tracés sphygmographiques. Le sphygmomanomètre permet au contraire d'affirmer qu'il n'y a point d'*hypertension artérielle* pendant la grossesse. Nos recherches personnelles confirment pleinement sur ce point celles de Vinay et de Vaquez.

Par contre, la pression sanguine monte pendant le travail de quatre, cinq, et même six centimètres de mercure.

Cela avait été antérieurement établi par Chapon et Baranger ; nos recherches personnelles aboutissent aux mêmes conclusions.

Par contre, nous sommes arrivés à une opinion assez différente de celle de ces auteurs, et même de celle de Queirel et Raynaud sur l'état de la pression artérielle après l'accouchement. D'accord avec tous sur ce fait que la pression retombe à la normale aussitôt après l'expulsion du fœtus, nous avons observé une ascension de plusieurs centimètres de mercure pendant la délivrance. Cette hypertension n'est pas éphémère ; elle ne disparaît que progressivement, pendant les cinq ou six jours qui suivent l'accouchement.

L'*hypertrophie du cœur*, que l'on admettait naguère comme corollaire de l'hypertension artérielle, n'existe pas plus que celle-ci pendant la grossesse. Les pesées du cœur faites par du Castel, Letulle et Vinay le prouvent surabondamment.

La *dilatation du cœur* n'existe pas davantage, au moins dans la majeure partie des cas, et nous avons montré que les mensurations orthodiagraphiques de l'aire cardiaque pratiquées par Balthazard et Bouchard n'étaient pas suffisantes pour faire revenir à la notion classique de l'augmentation de volume du cœur pendant la grossesse.

Des quatre données sur lesquelles on basait jusqu'ici la physiologie de la circulation pendant la grossesse, une seule a subsisté : l'augmentation de la masse du sang. Encore celle-ci accroît-elle peu le travail du cœur, qui participe d'ailleurs à l'hyperactivité nutritive de tout l'organisme pendant la grossesse.

Le cœur sain est donc parfaitement en état de supporter ce léger surcroît de travail ; seul, un cœur atteint de lésions orificielles ou myocardiques, un cœur en état de méiopragie fonctionnelle, sera inférieur à la tâche qu'il doit remplir chez la femme enceinte.

V. — Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse. — Thèse de doctorat. (Paris, 1905, O. Doin, édit.)

Exposé clinique. — Chez les cardiopathes enceintes on peut observer des accidents que nous rangeons sous trois rubriques : 1° troubles d'insuffisance cardiaque ayant pour aboutissant et pour type l'asystolie ; 2° œdème pulmonaire ; 3° accidents divers, tels que embolies, paralysies, etc. Les deux premiers groupes répondent à ce que Peter appelait : *accidents gravido-cardiaques.*

Les manifestations de l'*insuffisance cardiaque* vont des palpitations et de la simple dyspnée d'effort à l'état hyposystolique et à la crise d'asystolie. Celle-ci ne diffère point de ce qu'elle est en dehors de la grossesse, si ce n'est par la rapidité de son évolution, l'importance des œdèmes, la fréquence des hémoptysies ; ces dernières sont particulièrement intenses dans l'asystolie pulmonaire gravidique. Une autre variété insuffisamment décrite, c'est l'asystolie tardive post-puerpérale, qui aboutit souvent à la mort par épuisement ; nous proposons pour elle le nom de *cachexie gravido-cardiaque.*

L'*œdème pulmonaire,* bien qu'étudié par Vinay et Duplant, n'a pas été assez isolé de la forme précédente.

Nous les opposons d'une manière formelle l'un à l'autre. Cliniquement l'œdème pulmonaire est facile à reconnaître : la crise est assez typique pour qu'il n'y ait point de doute, sauf dans quelques cas qui simulent l'apoplexie.

Moins fréquent que l'asystolie, il est beaucoup plus grave qu'elle ; d'après notre statistique, il est mortel dans 68 0/0 des cas.

Divers accidents se produisent encore chez les cardiaques enceintes avec une fréquence et une gravité différentes : la *mort subite* par syncope ou thrombose, la rupture du cœur, les *embolies* cérébrales ou pulmonaires, les hémiplégies par embolie ou hémorragie cérébrale.

Les lésions orificielles du cœur ne sont point seules susceptibles d'entraîner des accidents. Les *péricardites* aiguës sans épanchement ou chroniques sans adhérences sont bien tolérées ; en dehors de ces conditions, elles sont une cause fréquente d'asystolie ou de mort subite. Le *cœur gras*, la *sclérose* myocardique en foyers, la *myocardite* scléreuse, aboutissent souvent à la mort par insuffisance cardio-rénale. Les *malformations congénitales* du cœur ont été peu étudiées dans leurs rapports avec la grossesse : elles se comportent d'une manière très inégale ; sur treize observations que nous en avons résumées, sept ne comportent aucun trouble circulatoire sérieux.

Essai pathogénique. — La pathogénie des accidents gravido-cardiaques est intimement liée à la physiologie de la circulation de la grossesse normale, mise au point par nous dans le travail précédent et qui se résume dans cette notion que la grossesse impose au cœur un supplément de travail très minime, nullement au-dessus des forces d'un myocarde sain ou peu altéré.

D'autre part, bien qu'on en ait dit, la grossesse n'aggrave les lésions cardiaques préexistantes que dans une faible mesure.

Tout au plus peut-elle causer de légères poussées d'endocardite subaiguë au niveau des valvules déjà malades, ou des apoplexies sous-endocardiques.

Dans les cardiopathies compensées et non aggravées, le surcroît de travail imposé par la grossesse au myocarde reste souvent au-dessous de la capacité de travail de celui-ci.

Quand il en est autrement, l'équilibre circulatoire se rompt, de préférence vers le cinquième mois, et l'insuffisance cardiaque va grandissante jusqu'au travail.

Celui-ci, qui cause une hypertension artérielle considérable, donne souvent le coup de grâce à un cœur jusque-là résistant; de même la persistance de l'hypertension après la délivrance explique les asystolies tardives du *post partum*.

Telle est la pathogénie purement cardiaque des accidents asystoliques. Un autre facteur entre en jeu dans la genése de l'œdéme pulmonaire : c'est l'insuffisance rénale, associée à l'hypertension artérielle dans la petite circulation.

Nous en avons pour preuve quatorze autopsies de notre statistique, où nous trouvons soit un rein éclamptique, soit un rein cardiaque, soit une néphrite banale préexistant à la grossesse.

Conclusions pronostiques et thérapeutiques. — Le pronostic doit s'envisager à deux points de vue : quelle est la gravité des accidents gravido-cardiaques ? quelle en est la fréquence ?

La première de ces questions a été traitée au cours de la description clinique ; la deuxiéme peut se poser sous cette autre forme : Quel est le pronostic des cardiopathies chez les femmes enceintes ?

Sur la foi de Peter, on a longtemps considéré la grossesse comme la pire des éventualités pouvant survenir chez une cardiaque.

L'examen des statistiques globales, portant sur toutes les femmes ayant accouché en un temps donné dans une maternité, ont permis à divers auteurs et à nous-même de montrer que si les accidents gravido-cardiaques sont en eux-mêmes extrémement graves (mortalité de 30 à 40 0/0), un grand nombre de cardiaques accouchent sans en avoir jamais présenté, puisqu'on ne les observe que dans 8 0/0 des cas environ.

On ne saurait donc s'en tenir au protocole de Peter et interdire le mariage, puis la maternité, à toute femme atteinte de lésions du cœur.

Les lésions orificielles décompensées, les rétrécissements valvulaires serrés, les lésions myocardiques, sont des contre-indications formelles du mariage et de la maternité. Il en est de même des lésions cardiaques les plus bénignes mais compliquées de lésions pulmonaires, de déformations du thorax ou d'insuffisance rénale. Nous insistons tout particuliérement

sur cette dernière, en raison de son importance dans l'étiologie de l'œdéme pulmonaire, le plus grave des accidents gravido-cardiaques.

Par contre, on pourra permettre une grossesse à toutes les femmes qui ne rentrent point dans les catégories sus-énumérées.

Le traitement des accidents gravido-cardiaques est avant tout médical ; il ne diffère pas de celui de l'asystolie et de l'œdème pulmonaire en dehors de la grossesse; il doit seulement être plus hâtif, et la saignée doit y jouer un grand rôle. Le traitement obstétrical pendant le travail est de rigueur ; il se résume dans l'accélération du travail sous toutes ses formes, y compris la basiotribsie si l'enfant est mort, ou la césarienne si le bassin est rétréci.

Pendant les premiers mois de la grossesse, on peut avoir à provoquer l'avortement ; l'avortement curatif dans le cas d'accidents gravido-cardiaques en évolution est admis par tous les auteurs. Il sera pratiqué chez toutes les femmes ayant en dehors de la puerpuéralité présenté des troubles circulatoires graves.

L'avortement prophylactique n'est justifié que dans les cas où l'on a des raisons sérieuses de craindre l'œdème pulmonaire. L'accouchement prématuré provoqué dans une période d'*eusystolie* relative donne d'excellents résultats. Il aboutit au contraire souvent à la mort si survient une crise d'œdème pulmonaire. Une crise antérieure d'œdème, l'existence des facteurs pathogéniques de cet accident, contre-indiquent absolument l'accouchement prématuré.

VI. — Le traitement hydro-minéral des cardiopathies artérielles. *Poitou médical*, 1er août 1905.

Deux stations françaises, Evian et Royat, sont appropriées à ce traitement.

Les eaux d'Evian, prises en boisson, s'adressent surtout au rein ; elles favorisent l'élimination urinaire, et écartent de l'organisme les substances toxiques qui soit par spasme vasculaire, soit par altération directe des parois artérielles, provoquent l'hypertension et l'artériosclérose. Ces eaux sont donc susceptibles d'enrayer, de prévenir une cardiopathie artérielle en puissance (phase pré-scléreuse d'Huchard), et d'améliorer l'état d'un malade dont les vaisseaux sont déjà sclérosés, mais dont le cœur résiste encore (période artérielle).

Par contre, elles sont souvent sans effet contre les lésions plus prononcées.

A cette deuxième période (cardio-artérielle), nous pouvons recourir à l'usage externe des eaux carbo-gazeuses de Royat ; l'action cardio-tonique indiscutable de ces bains les rend précieux contre l'insuffisance du myocarde ; c'est celle-ci qui, plus ou moins accentuée, caractérise ce moment de l'évolution des cardiopathies artérielles ; le bain carbo-gazeux de Royat tire de cette circonstance une indication de premier ordre. Son action diurétique et vaso-régulatrice permet de continuer la lutte contre l'insuffisance rénale et l'hypertension.

En tenant compte des contre-indications formelles (anévrysme, coronarite) et relatives (exagération de l'hypertension sous l'influence des bains), on ne risque aucun accident.

Ainsi donc les deux stations hydrominérales que nous avons étudiées dans cette revue ont leurs indications bien différentes dans le traitement des cardiopathies artérielles. A la phase artérielle et rénale, répond la cure hypotensive et diurétique d'Evian ; à la phase cardio-artérielle répond la cure cardiotonique et vaso-régulatrice de Royat.

VII. — **Perforation utérine coïncidant avec ébauche de cloison vaginale ; accouchement en bloc d'un œuf d'environ 6 mois ; enfant vivant.** *Archives générales de médecine*, 1905, n° 49, p. 3089.

VIII. — **L'expulsion de l'œuf en bloc aux différentes époques de la grossesse.** *Poitou médical*, 13 octobre 1905.

L'avortement en un temps est la régle pendant le premier mois et la première moitié du deuxième. Les avortements en un et en deux temps sont d'égale fréquence à la fin du deuxième mois; au troisième et surtout au quatriéme mois, les membranes sont le plus souvent rompues.

L'expulsion en bloc devient exceptionnelle pendant les cinquiéme et sixième mois; néanmoins cette rareté est moindre qu'on ne l'écrit journellement, et les derniéres statistiques indiquent que l'expulsion en un temps se rencontre dans 7,7 0/0 des cas.

Dans le dernier trimestre de la grossesse, l'expulsion de l'œuf en bloc a été étudiée par Forman, qui a trouvé dans la littérature 18 observations s'y rapportant; ce seul fait indique qu'il est moins rare qu'on ne le dit.

L'expulsion en un temps de l'œuf jeune (jusqu'a cinq mois) se fait rapidement, aprés une période de dilatation plus ou moins longue ; les observations sont en général très sobres de détails sur l'état des membranes.

Dans le dernier trimestre de la grossesse, l'accouchement d'un œuf intact est toujours trés rapide ; c'est une variété des accouchements précipités ou par surprise, si importants au point de vue médico-légal. On peut aussi rapprocher cet accouchement de celui où le fœtus naît *coiffé ;* dans notre cas l'enfant est entouré en totalité soit de l'amnios seul, soit de ses trois membranes.

Nous ne connaissons rien des causes qui favorisent l'expulsion de l'œuf en bloc pendant les cinq premiers mois; passé cette époque, ces causes sont celles qui favorisent l'accouchement rapide : largeur du bassin, multiparité, gémellité (en ce qui concerne le 2e œuf), déchirure du segment inférieur.

La mort du fœtus ne joue un rôle qu'en tant qu'elle favo-

rise le décollement des membranes. La résistance anormale, un certain état de laxité de celles-ci, constituent un facteur étiologique très important ; cette dernière condition se rencontre dans le cas de fœtus macéré ; elle existait dans l'observation d'accouchement en bloc et à terme publiée par Budin.

L'expulsion en bloc de l'œuf, favorable avant la viabilité du fœtus, est au contraire à redouter quand elle survient dans les trois derniers mois; on peut l'éviter en pratiquant la rupture artificielle des membranes au moment de la dilatation complète du col. Que si vous vous trouvez en présence d'un fœtus expulsé près du terme, dans un œuf intact, vous déchirerez rapidement les membranes pour sauver l'enfant de l'asphyxie.

IX. — **Un cas de conception dans l'aménorrhée.** *Société des sciences médicales de Poitiers*, 8 décembre 1905.

L'histoire de la malade peut se résumer ainsi : grossesse survenue après dix mois d'aménorrhée chez une secondipare ordinairement peu ou pas réglée et ne présentant d'ailleurs aucune tare physiologique.

Il semble bien qu'il s'agisse ici d'un cas d'aménorrhée essentielle, ce qui rend plus intéressant le fait que la femme ait pu concevoir.

X. — **Idées nouvelles sur l'hypertension artérielle.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, 1er janvier-1er février 1906.

L'hypertension artérielle se décèle par l'auscultation (bruit de galop, retentissement de 2e bruit aortique) et par la sphygmomanométrie.

Elle s'accompagne de légers troubles *urinaires* (polyurie, rétention chlorurée, albuminurie et parfois glycosurie) ; d'accidents *cardio-pulmonaires* (dilatation progressive temporaire ou permanente de l'orifice aortique, puis de l'orifice mitral)

que Huchard dénomme cardiopathies artérielles, et qui se compliquent souvent d'*angor pectoris* ou d'œdème pulmonaire aigu ; de troubles *cérébraux* (crises convulsives, dans l'éclampsie par exemple, hémiplégies et aphasies transitoires, amauroses, etc.).

Vaquez a coordonné divers travaux pour en tirer la théorie de l'*origine surrénale* de l'hypertension. Celle-ci reconnaîtrait pour cause la présence dans le torrent circulatoire d'*adrénaline*, poison hypertenseur secrété en quantité exagérée par les capsules surrénales hyperplasiées. Ambard a montré d'autre part que la rétention chlorurée jouait un rôle très considérable dans la genèse de l'hypertension, soit que le sel excitât la sécrétion de l'adrénaline, soit qu'il devînt hypertenseur chez les sujets atteints d'*hyperépinéphrie*.

Les accidents de l'hypertension chronique bénéficient à un haut degré du traitement rénal institué par Huchard ; un des éléments importants de ce traitement est la cure d'Evian ; les bains carbo-gazeux de Royat sont également un excellent régulateur de la tension artérielle. La d'Arsonvalisation paraît concourir au même résultat.

XI. — **Traitement de la dystocie par rigidité du col utérin.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, 1er février 1906.

La rigidité du col peut être apparente ou réelle. Les *fausses rigidités* sont dues à l'insuffisance ou à l'inefficacité des contractions utérines ou à la contracture du muscle utérin.

Les *rigidités pathologiques*, seules réelles, sont inflammatoires, cicatricielles ou néoplasiques.

Le traitement peut être pathogénique : injections chaudes ou ingestion de quinine dans le cas d'inertie utérine, application d'une ceinture dans le cas de déviation utérine, correction d'une présentation vicieuse, etc.

Plus souvent le traitement consistera en manœuvres ayant

pour but immédiat la dilatation du col ; on n'y aura recours qu'en cas de souffrance de l'enfant ou d'infection de la mére.

La dilatation manuelle de Rizzoli, la bimanuelle de Bonnaire sont à peu près exemptes de danger.

Le ballon de Champetier est recommandé dans tous les cas où il n'y a pas urgence, sauf dans la rigidité spasmodique où le col aminci peut être déchiré.

L'écarteur de Tarnier est le procédé de choix dans la rigidité des primipares âgées et dans certains rétrécissements du bassin ; dangereux par contre dans les rigidités pathologiques.

Le dilatateur de Bossi n'est pas recommandable en cas de rigidité ; il en est de même des incisions de Dürrssehn.

XII. — **Traitement de la dyspnée des cardiaques.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, avril 1906.

XIII. — **Idées nouvelles sur la lithiase biliaire.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, mai 1906.

La théorie humorale de la lithiase biliaire tend à être remplacée par la théorie infectieuse, qui explique d'une manière univoque les divers accidents et les diverses phases de la cholélithiase : de la cholécystite lithogène à peine virulente à la dégénérescence aiguë de la cellule hépatique, il y a une échelle ascendante ininterrompue.

Le traitement chirurgical devient donc rationnel ; certes la majeure partie des accidents lithiasiques est encore du domaine de la thérapeutique médicale, mais il faut savoir ne pas hésiter, ne pas attendre trop tard pour recourir à une intervention d'autant plus bénigne qu'elle est plus précoce.

XIV. — **Traitement des accès éclamptiques.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou,* juillet 1906.

Pendant l'accés empêcher la femme de se mordre la langue à l'aide de compresses placées entre les mâchoires ; calmer les convulsions à l'aide du chloroforme.

Dans l'intervalle des accés supprimer toute cause d'excitation ; mettre la malade à la diète hydrique, lui donner un lavement évacuateur.

Le médicament de choix est le chloral donné en lavement à la dose de quatre grammes, que l'on pourra répéter quatre fois par vingt-quatre heures.

La saignée est le traitement le plus efficace ; elle doit être de 500 grammes au moins.

L'accélération du travail déjà déclaré est absolument indiquée ; il n'en est pas de même de la provocation de l'accouchement, qui est rejetée par un grand nombre d'auteurs.

XV. — **Sur l'appendicite chronique.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou,* septembre 1906.

XVI. — **Un cas de persistance des règles au cours de la grossesse.** *Société de l'internat des hôpitaux de Paris.*

Histoire d'une grossesse spontanément interrompue aux cinq mois chez une femme ne se croyant pas enceinte ; elle avait eu chaque mois ses époques à la date habituelle, avec la durée et l'intensité normales. Aucune maladie ou malformation maternelle, aucune lésion de l'œuf, ne permettent de considérer ces pertes périodiques comme des hémorragies. Il s'agit donc d'un cas authentique de persistance des régles pendant la grossesse.

XVII. — **Siège décomplété mode des fesses ; conduite à tenir.** *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, novembre 1906.

Traitement prophylactique : pendant la grossesse, version par manœuvres externes ; pendant le travail, abaissement prophylactique du pied antérieur.

Traitement curatif : au détroit supérieur, abaissement prophylactique d'un pied saisi directement ou par la manœuvre de Pinard.

Dans l'excavation, s'abstenir, sauf en cas de souffrance du fœtus ; dans ce cas, aider la descente du fœtus par des tractions inguinales au moyen d'un lac dans les positions antérieures, ou par une application de forceps dans les positions postérieures. A la vulve, refouler le siége fœtal en avant par des pressions sur le périnée maternel, ou l'attirer par des tractions digitales prudentes sur l'aine postérieure.

XVIII. — **Sur un syndrome d'hyposystolie hépatique chez les tuberculeux pulmonaires.** *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 7 décembre 1906.

Les éléments principaux de ce syndrome sont au nombre de trois :

L'augmentation de poids, un point douloureux épigastrique, des vomissements.

L'*augmentation anormale du poids*, qui s'accompagne ou non d'œdèmes cliniquement appréciables, est due à la rétention chlorurée. Le *point douloureux épigastrique* n'est pas d'origine stomacale ; il est dû à la stase hépatique, que l'on constate d'ailleurs au palper, et qui cause aussi par contre-coup les troubles gastriques et les *vomissements*. Ceux-ci se produisent en dehors des quintes de toux et en l'absence de toute lésion de l'estomac.

Accessoirement, il peut y avoir de la dyspnée et des troubles de l'élimination urinaire. Le cœur droit est dilaté ; on entend parfois un souffle d'insuffisance tricuspidienne.

Grands et petits symptômes ressortissent à l'insuffisance cardiaque avec participation presque exclusive du foie. Il s'agit donc bien d'une crise d'hyposystolie.

Mais c'est là une conception analytique ; en fait le tableau clinique est très différent de la grande asystolie hépatique de Hanot, que l'on sait d'autre part être l'aboutissant des scléroses pulmonaires.

C'est d'ailleurs surtout dans les tuberculoses fibreuses avec emphysème étendu, ou exceptionnellement dans les phtisies rapides, que l'on observe le plus couramment notre syndrome.

Après plusieurs crises frustes, on voit en général l'hyposystolie faire place à l'asystolie définitive; aussi le pronostic est-il très sombre. Par les cardiotoniques, et en particulier la digitale, et par l'institution du régime lacté ou déchloruré, on arrive assez vite à arrêter vomissements et hépatalgie épigastrique, en même temps que le malade reprend son poids normal.

XIX. — **Traitement de l'incontinence nocturne d'urine.**
Archives médico-chirurgicales du Poitou, février 1907.

TABLE DES MATIÈRES